

<b>地域密着型サービス外部評価実施回数緩和申請書</b>
-------------------------------

大阪府知事様

年 月 日

住所（所在地）  
申請者

法人名及び代表者氏名

印

地域密着型サービス外部評価の実施回数の緩和を受けたいので、次のとおり申請します。

	介護保険事業者番号	
事業所	名称	
	所在地	
担当者名		
電話番号		

**1 受審実績等**

直近の評価実施日及び評価確定日以前の5会計年度における受審実績等

	年度(4.1~翌年3.31)	評価実施日(訪問調査日)	評価確定日(WAMNET公表日)	実施回数の緩和決定
受審実績等	年度	①		有・無
	年度	②		有・無
	年度	③		有・無
	年度	④		有・無
	年度	⑤		有・無

※実施回数の緩和決定「有」の年度については、「緩和決定がなされた旨の市町村通知文の写し」を添付してください。

**2 確認項目**

確認項目		該当に「○」を記入	
1	過去に外部評価を5年間継続して実施していること。 ※1 原則として、1会計年度中に少なくとも1回評価を実施(訪問調査の日を以て評価実施日とする。)しており、その会計年度が5回継続していること。 ※2 実施回数の緩和を受けたことにより外部評価を実施しなかった年については、「5年継続して実施している事業所」の要件の適用に当たっては、実施したもののみならず。	はい	いいえ
2	「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を市町村に提出していること。	はい	いいえ
3	運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されていること。	はい	いいえ
4	運営推進会議に、事業所の存する市町村の職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること。	はい	いいえ
5	「自己評価及び外部評価結果の評価項目」のうち、外部評価項目の2, 3, 4, 6の実践状況(外部評価)が適切であること。	はい	いいえ

**【注意】この申請書は事業所が所在する市町村へ提出してください。**

**実施回数の緩和決定「有」の会計年度の翌会計年度は、提出不要です。**